

COOPÉRATIVE
DE SOLIDARITÉ

SABSA

Approche intégrée auprès de la personne infectée par le VIH atteinte de troubles de santé mentale et/ou de consommation

Isabelle Tetu IPSPL
Coop SABSA-CIUSSS CN
Mai 2020



PNMVH

PROGRAMME NATIONAL
DE MENTORAT SUR LE VIH
ET LES HÉPATITES

Déclaration de conflit d'intérêts

- Aucun

Objectifs

- Être sensibilisé à l'importance de problèmes de santé mentale et de toxicomanie chez les patients atteints d'une infection par le VIH.
- Discuter des spécificités de cette population dans le vécu du VIH.
- Identifier les barrières aux traitements chez les PVVIH avec un trouble concomitant et les réticences des professionnels de la santé à les traiter.
- Décrire l'approche et les services de la clinique SABSA.
- Optimiser son approche et ses interventions en tenant compte des besoins spécifiques de cette population.

Cas de Julie

- Femme de 30 ans
- 5 février 2020 première visite à SABSA.
- RC: Test + au VIH (le 1^{er}).
- S'est fait dépistée il y a qq jours et a reçu son résultat hier. L'infirmière nous l'a référé pour la suite.
- Dépistage ITSS + ou - régulier aux 3 à 12 mois. Dernier dépistage mars 2019 VIH -. Vaccination à jour?
- A eu un épisode de muguet buccal x 1 mois.
- Travailleuse du sexe. Multiples partenaires. Relations orales et vaginales pas toujours protégées.
- Partenaire stable depuis qq mois.
- Antcd méd: VHS type 2, fracture suite à accident d'auto.
- Antcd psy: TUS, trouble de l'anxiété généralisée probable ainsi que PTSD (2nd à agressions).
- GHB, cocaïne, cannabis, tabac et benzo sur le marché noir.
- Pas de médecin de famille. A vu clinique communautaire à quelques reprises pour médication ponctuelle.
- Connu d'un organisme communautaire et d'un travailleur de rue actuellement. Roulement de personnel +++ dans l'organisme communautaire.
- Instabilité résidentielle.

Cas de Julie (suite)

- Rx: Mirena, sertraline 150 mg on/off, trazodone 50-100 mg on/off, seroquel 25-50 mg on/off, zopiclone on/off, Valtrex PRN, Tylenol PRN
- Sur marché noir: Xanax, ativan, rivotril ou restoril.
- Servi aux 4 semaines. Respecte peu la posologie.
- Aucun labo récent sauf son dépistage ITSS complet.
- Pas d'examen physique ni paptest depuis???
- Pas autre source de revenu que TS.
- Pas de consommation IV. Consommation p.o. et intranasal.
- Sommeil perturbé++ depuis l'annonce.
- Plus de 60 partenaires différents depuis dernier dépistage. Peut en rejoindre qq uns sans plus.
- Réticente à communiquer avec eux par peur de préjudice. Donc aide de la santé publique.
- Labos demandés, autorisation de communiquer informations signée et référence rapide vers infectiologue.
- Appel de sa mère pour avoir de l'information sur la situation de santé de sa fille.
- N'a pas avisé son partenaire actuel...
- Revoir patiente rapidement.

Troubles concomitants

- **Le terme trouble concomitant fait référence à la présence simultanée d'un trouble lié à l'usage d'une ou plusieurs substances et de troubles mentaux chez une même personne.**
- 50 à 75 % des personnes qui demandent de l'aide pour un problème de dépendance présentent aussi un problème de santé mentale.
- 20 à 50% des usagers des établissements psychiatriques ont un trouble d'utilisation de substance à vie.
- 91 % des personnes présentant des troubles concomitants ont signalé éprouver une grande détresse psychologique.
- La consommation de drogues serait en diminution au Canada mais en augmentation au Québec.
- Les pratiques de consommation se diversifient et s'aggravent.
- Le Québec aurait un taux de consommation de drogues le plus élevé au Canada après la Colombie-Britannique.

Hypothèses

L'œuf ou la poule? Plusieurs explications...

- Trouble lié à une substance 2nd au trouble mental
- Trouble mental 2nd au trouble lié à une substance
- Facteur commun sous-jacent aux 2 troubles
- Aucune relation entre l'apparition des troubles et bidirectionnalité

Consommation de psychotropes et prise d'ARV

- Consommation de stimulants amène des impacts négatifs sur le système immunitaire surtout chez ceux qui ne connaissent pas leur statut VIH + ou qui n'ont pas accès aux ARV. La cocaïne et les autres stimulants affaiblissent le système immunitaire.
- Augmente la vulnérabilité aux maladies opportunistes et accélère la progression du VIH chez personnes qui ne sont pas compliantes aux ARV.
- Impacts neurologiques des stimulants: diminution de la mémoire épisodique, fonctions exécutives et vitesse du traitement de l'information.
- Les personnes qui utilisent des stimulants sont souvent très marginalisées, en situation de pauvreté et avec peu de ressources (eg nourriture, logement, aide sociale).
- Diminution de l'adhérence pour la PrEP ou PPE avec la prise de stimulants.

GHB

- Dépresseur du SNC
- Forme liquide la plupart du temps. PO.
- Début d'action 15-30 minutes, durée 1 à 6h.
- Forte dépendance psychologique et physique.
- Effets: désinhibition (eg ROH), relaxation, augmentation du désir sexuel, des sensations, diminution de l'attention, etc.
- Dangers: sédation, PC, coma, OD.

ARV et interactions

[https://liverpool-hiv-hep.s3.amazonaws.com/prescribing_resources/pdfs/000/000/033/original/TS Recreational 2019 Oct.pdf?1571043606](https://liverpool-hiv-hep.s3.amazonaws.com/prescribing_resources/pdfs/000/000/033/original/TS_Recreational_2019_Oct.pdf?1571043606)

Effets secondaires des ARV en interactions avec la prise de stimulants

- IRA ou IRC
- Altération hépatique (eg hépatotoxicité)
- Dépression
- Augmentation sérique des taux de méthamphétamines X 3 avec certains ARV (eg. Ritonavir)

Spécificités de cette population dans le vécu du VIH

- La stigmatisation, la discrimination et les sanctions criminelles contre les personnes les plus vulnérables qui vivent avec le VIH ont un impact direct sur leurs habiletés et la volonté d'accéder aux services de santé.
- Impacts aussi sur l'accès aux services psychosociaux et communautaires (eg. PES).
- Le fait d'être sans domicile fixe augmente les risques de diminution de l'adhérence aux traitements.
 - Les personnes SDF sont constamment exposées à des menaces pour leur santé (physique et mentale) et des dangers environnementaux.
 - SDF ont un taux (de quoi?) de 3 ou 4 fois plus élevé que la population générale.
 - Plus à risque pour d'autres problèmes de santé physique et mentale (eg santé mentale, diabète, HTA, MCAS, MPOC, cirrhose, infection de la peau et tissus mous, trauma, dlr chronique).

Julie prise 2

- Test de confirmation VIH +
- A eu un appel d'une infirmière de la santé publique: Julie aurait été en contact avec personne syphilis+. Effet de choc pour Julie. Encore une mauvaise nouvelle!
- Augmentation de la tension, augmentation des conflits avec conjoint, augmentation de la consommation. A commencé à consommer amphétamines DIE.
- À la lecture du dossier antérieur de la clinique communautaire, Julie a eu plusieurs ++ sevrage au GHB en externe qui ont échoué.
- RV avec infectiologue.
- Début de la médication ARV. Bien tolérée. Bonne observance.
- Conjoint n'est tjs pas au courant.
- A eu chute dans la douche X qq sem suite à intox sévère. N'a pas consulté à l'urgence par peur du jugement. Résorption des sx par contre induration présente joue G pas de signe d'infection.

Julie prise 2

- Moral variable. Pas suicidaire mais parfois idées noires sans plan.
- Accepte évaluation psychiatrique.
- Ne prend pas sertraline ni imovane ni trazodone. Seroquel PRN et convenons de rx de Rivotril BID.
- Psychiatre confirme dx de TAG, TUS et dépression majeure.
- Suivi régulier avec t.rue
- Suivi régulier avec TS du CRDQ
- Début des démarches pour rétablissement.
- Peu confiante car toutes ses démarches antérieures ont échoué.
- Son entourage consomme +++
- Travail de longue haleine!!!

Barrières au traitement

- Intervention en silos
- Absence de communication entre les services
- Raconter son histoire à chaque fois
- Période d'attente
- Manque de places disponibles
- Perte de motivation
- Corridors de services
- Étiquettes/sentiment d'être jugé
- Pas de relation personnalisée
- Temps insuffisant pour exprimer ses besoins
- Relation avec un professionnel de la santé
- Rupture d'une relation de confiance
- Non reconnaissance du problème de toxicomanie par les personnes
- Réduction du temps de prison/condition de libération
- Refus d'être considéré comme toxicomane
- Manque de soutien social, réseau banalisant la consommation, pas d'encouragement pour chercher de l'aide.
- Éloignement du réseau de consommation/création d'un nouveau réseau

Réticences de la part des professionnels de la santé face à la clientèle toxicomane

- Résistance du patient
- Inconfort à discuter de l'abus de substance et ITSS
- Manque de temps
- Rémunération inadéquate
- Peur de perdre des patients s'il y a trop de toxicomanes dans la clientèle
- Pénurie de mentors dans le domaine
- Standards de pratique inadéquats
- Préjugés défavorables face à la problématique
- Impression de faible efficacité personnelle
- Manque de connaissance en SM, TUS et VIH
- Clientèle difficile
- L'addiction, une problématique incontournable
- Addiction: un processus en changement

L'approche intégrée

- Pour les personnes souffrant de troubles de santé mentale graves, il a été démontré que les traitements offerts dans les réseaux de services distincts de toxicomanie et de santé mentale étaient non seulement inefficaces, mais généraient de piètres résultats.
- Dans les meilleures pratiques basées sur les données probantes: fournir, au sein d'une même équipe, un traitement simultané pour les deux diagnostics.
- Importance du dépistage et de l'évaluation rigoureuse des troubles.
- Importance de l'implication des partenaires et accessibilité à des soins adaptés et rapides.

Ce que l'on retrouve actuellement

- **Traitement séquentiel:** traitement qui consiste à traiter l'un des deux diagnostics en premier jusqu'à sa résolution puis d'aborder le second. Les traitements se font donc l'un après l'autre dans des lieux différents et avec deux équipes distinctes.
- **Traitement parallèle:** traitement qui apporte une prise en charge simultanée des deux problèmes par une équipe en santé mentale et une équipe en toxicomanie travaillant indépendamment et séparément, souvent dans des institutions différentes.

Approche du traitement intégré

- La pratique outreach
- L'approche globale
- Le partage de la prise de décision
- Un engagement à long terme
- Le traitement par étapes
 - L'étape de l'engagement
 - L'étape de la persuasion
 - L'étape du traitement actif
 - L'étape de la prévention de la rechute
- La réduction des méfaits

Approche intégrée: des données probantes

- TUS et trouble de l'humeur, de l'anxiété
- TUS et troubles mentaux sévères et persistants
- TUS et troubles de la personnalité
- TUS et trouble de l'alimentation

Approche de réduction des méfaits

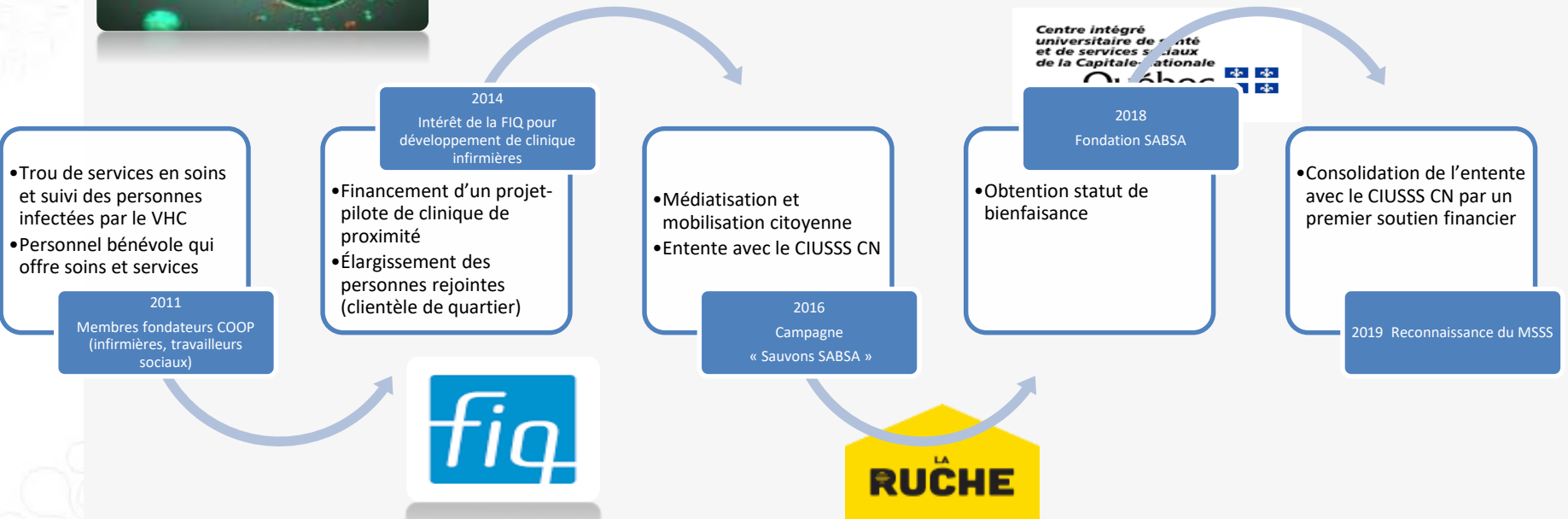
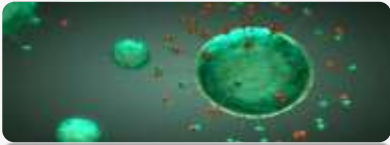
- Définition de l'AITQ
- Basée sur le **pragmatisme et l'humanisme**. Appliquée en santé et services sociaux, notamment par des organismes communautaires intervenant auprès des personnes utilisatrices de drogues.
- Le **pragmatisme** permet de **ne pas viser essentiellement l'absence de consommation** de substances pour intervenir auprès de personnes qui en font l'usage.
- **L'humanisme** permet de tenir compte **d'avantage de la qualité de vie des personnes** plutôt que viser l'absence de consommation.
- Cette approche vise la **diminution des conséquences néfastes (méfaits)** liées à l'usage de substances licites (alcool, médicaments, etc.) qu'illicites (marijuana, cocaïne, etc.).
- Réduction des méfaits ne veut pas dire absence de prévention !



La mission de SABSA est de développer et d'offrir des soins et services adaptés et intégrés aux personnes vulnérables qui trouvent difficilement leur place dans le système.

La mission de la Fondation est de soutenir les infirmières et intervenantes de la Coopérative de solidarité SABSA afin qu'elles puissent offrir des services de soins de santé.

Les étapes charnières



Coopérative de solidarité

- Pourquoi une Coopérative?
 - Trouver une alternative permettant d'unir les forces du réseau institutionnel et du milieu communautaire.
 - Cette formule permet une alliance entre des individus qualifiés ayant des intérêts communs et une expertise dans le domaine visé.
 - Le processus de décision est démocratique, le pouvoir est partagé.

« Modèle hybride, sans but lucratif! »



Volets de services et personnes ciblées

Volet Hépatite C

- Dépistage
- Traitement
- Suivi médical et psychosocial pré, pendant et post-traitement

Volet clinique de proximité

- Soins courants
- Personnes des quartiers St-Roch et St-Sauveur
- Sans médecin de famille

Cas par cas

- Personne désaffiliée/contexte de vulnérabilité
- Sans RAMQ
- Référée par partenaires communautaires

Quelques statistiques

- Plus de 3700 personnes inscrites à ce jour;
- 3500 consultations annuellement;
- 900 personnes ont été traitées pour l'hépatite C;
- 53% de femmes et 47% d'hommes;
- Moyenne d'âge de 44 ans;
- 54% proviennent des quartiers centraux, 12% sans domicile fixe;

Quelques statistiques

- Tiers des références en provenance du milieu communautaire; tiers provenant du réseau familial et personnel;
- 62% des visites pour des soins courants;
- 65% des personnes ont une problématique reliée à la toxicomanie, à la santé mentale, à l'hépatite C ou à une maladie chronique;
- 67% n'ont pas de médecin de famille.

L'approche et les services de la clinique Sabsa.

- Clinique de proximité au centre-ville de Québec
- Approche de soins intégrés et RDM
- Offrir d'autres services que ceux médicaux VIH
- Application du principe 'No wrong door'
- Accueil, lien de confiance, bénéfices secondaires (eg transport, jus, accompagnement)
- Bas seuil d'accessibilité, avec ou sans RAMQ
- Rôle des intervenants pour rejoindre les personnes.
- Moyens alternatifs: courriels, texto, FB
- Maximisation du potentiel de chaque personnes: pairs aidants, intervenants, inf, IPSPL, TS, md, pharmacienne, etc.
- L'engagement
- L'expérience de l'étude Solidarité

Optimiser son approche et ses interventions

- ACCUEIL et ACCESSIBILITÉ
- Services disponibles adaptés aux personnes présentant des troubles concomitants et VIH
- Équipes avec professionnels formés (eg. TCC, IB, EM, pleine conscience, situation de crise, TDO)
- Disponibilité de la famille, l'entourage
- Logement
- Réinsertion sociale
- Pairs aidants
- Travailler de concert avec les organismes communautaires et les pharmaciens
- Revoir la médication avec le patient selon son évolution
- Ne pas oublier la prévention!

Optimiser son approche et ses interventions (suite)

- Poursuivre l'éducation au public et professionnels de la santé.
- Augmenter l'accès pour les personnes qui ont de la difficulté à naviguer dans le système de santé public conventionnel.
- Assurer un leadership auprès des instances décisionnelles.
- Travailler à changer les attitudes et normes morales.
- Travailler à viser l'équité en matière d'accès aux services.
- Tenir un discours de décriminalisation pour les personnes dépendantes.

Conclusion

- Travaillons à fournir des soins et des services **pour les patients et non pour le confort des organisations!!!**

Merci de votre attention

Coopérative de Solidarité SABSA
60, rue St-Vallier Est
Québec (QC)
G1K 3N8

T 418-914-9295

F 418-914-5646

Courriel coordination@coop-sabsa.com

www.coop-sabsa.com

Références

- Bilodeau-Fillion, S., Nadeau, L. et Landry, M (2012). La concomitance des troubles liés aux substances et de santé mentale. Les troubles concomitants de toxicomanie et santé mentale. (pp 45-69). Canada. Presses de l'Université Laval.
- CENTRE CANADIEN SUR LES DÉPENDANCES ET L'USAGE DE SUBSTANCES (2018). Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada (2007-2014). 58 P.
- CRDM (2015). Les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives, Prévalence, utilisation des services et bonnes pratiques, Centre de réadaptation en dépendance de Montréal, Institut universitaire, 198 p.
- DUBREUCQ, S., CHANUT, F., JUTRAS-ASWAD, D. (2012). Traitement intégré de la comorbidité toxicomanie et santé mentale chez les populations urbaines : la situation montréalaise. *Santé mentale au Québec*, vol. 37 (1), p. 31-46.
- ECADT (2017) :<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-tabac-alcool-etdrogues/sommaire-2017.html>
- Groupe de travail scientifique sur les coûts et les méfaits de l'usage de substances au Canada. Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada (2007-2014), préparé par l'Institut canadien de recherche sur l'usage de substances et le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2018.
- NODC, WHO, UNAIDS (2019). **HIV prevention, treatment, care and support for people who use stimulant drugs:** Technical guide. 76 p.
- Perreault, M et al. (2009). Le défi du traitement et de la prévention des troubles concomitants sur la base des données probantes. *Criminologie*. vol. 42, n° 1. p. 91-114.
- Therrien, V. (2013). Bilan critique des meilleures pratiques auprès des personnes présentant des troubles concomitants de dépendance aux substances psychoactives, de santé mentale et de criminalité : Applicabilité en contexte de première ligne. Essai synthèse inédit, Maîtrise en intervention en toxicomanie. Université de Sherbrooke
- Varescon, Isabelle (2010). Mieux comprendre la toxicomanie : que sait-on des facteurs de vulnérabilité et de protection? *Bulletin de psychologie*. Numéro 510, p. 441-444.
- Wilson Klein, J (2015) Care of the homeless patient. *Med Clin A Am* 99. pp. 1017-1038.